

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1934

N° \_\_\_\_\_

# THÈSE 226

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Pierre-Paul DUBOIS**

*Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris*

Né le 12 Juin 1906, à Roelox (Nord)

---

### Surveillance radiologique des abcès amibiens du foie volumineux et autochtones à l'aide des injections d'air et de lipiodol

---

*Président : M. CARNOT, professeur*

PARIS

IMPRIMERIE C. SERRE  
23, RUE DE ROCROY, 23

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1934

N° \_\_\_\_\_

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Pierre-Paul DUBOIS**

*Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris*

Né le 12 Juin 1906, à Rœlox (Nord)

---

### Surveillance radiologique des abcès amibiens du foie volumineux et autochtones à l'aide des injections d'air et de lipiodol

---

*Président : M. CARNOT, professeur*

PARIS

IMPRIMERIE C. SERRE  
23, RUE DE ROCROY, 23

—  
1934

I. — PROFESSEURS

|                                                                         | MM.                |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | ROUVIERE.          |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . . . . .       | PROUST.            |
| Physiologie . . . . .                                                   | Léon BINET.        |
| Physique médicale . . . . .                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale . . . . .                                               | DESGREZ.           |
| Bactériologie . . . . .                                                 | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                  | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                         | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | CLERC.             |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | ROUSSY.            |
| Histologie . . . . .                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | LOEPER.            |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                                | TANON.             |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . .                      | Maurice VILLARET.  |
| Clinique médicale . . . . .                                             | ACHARD.            |
| » . . . . .                                                             | BEZANÇON.          |
| » . . . . .                                                             | CARNOT.            |
| » . . . . .                                                             | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                    | LEREBoullet.       |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | NOBÉCOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                            | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | CUNEO.             |
| » . . . . .                                                             | GOSSET.            |
| » . . . . .                                                             | GREGOIRE.          |
| » . . . . .                                                             | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | TERRIEN.           |
| Clinique urologique . . . . .                                           | MARION.            |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | BRINDEAU.          |
| » . . . . .                                                             | COUVELAIRE.        |
| » . . . . .                                                             | JEANNIN.           |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | J.-L. FAURE.       |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                 | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                               | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                             | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique . . . . .                                        | SERGENI.           |
| Clinique de la Tuberculose . . . . .                                    | Léon BERNARD.      |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte . . . . .                | MATHIEU.           |
| Professeurs sans chaire . . . . .                                       | HOVELACQUE.        |
| » . . . . .                                                             | MULON.             |
| » . . . . .                                                             | OLIVIER.           |
| » . . . . .                                                             | VERNE.             |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                    |                         | MM.                    |                         |
|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| ALAJOUANINE . . . .    | Neurol. et Psychiâtrie. | LANTUÉJOUL . . . .     | Obstétrique.            |
| BÉNARD (Henri) . . . . | Pathologie médicale.    | LAROCHE (Guy) . . . .  | Pathologie médicale.    |
| BERNARD (Etienne)..    | Pathologie médicale.    | LEMAIRE . . . . .      | Pathol. expérimentale.  |
| BOULIN . . . . .       | Pathologie médicale.    | LEVEUF . . . . .       | Patholog. chirurgicale. |
| BROCQ . . . . .        | Patholog. chirurgicale. | Mlle J. LEVY . . . . . | Pharmacologie.          |
| BULLIARD . . . . .     | Histologie.             | LEVY-VALENSI . . . .   | Neurol. et Psychiâtrie. |
| CATHALA . . . . .      | Pathologie médicale.    | MOREAU . . . . .       | Pathologie médicale.    |
| CHABROL . . . . .      | Pathologie médicale.    | MOULONGUET . . . .     | Patholog. chirurgicale. |
| CHEVALLIER . . . . .   | Pathologie médicale.    | MOUQUIN . . . . .      | Pathologie médicale.    |
| DOGNON . . . . .       | Physique.               | OBERLING . . . . .     | Anatomie pathologiç.    |
| DONZELOT . . . . .     | Pathologie médicale.    | PETIT-DUTAILLIS . .    | Patholog. chirurgicale. |
| FEY . . . . .          | Urologie.               | PIÉDELIEVRE . . . .    | Médecine légale.        |
| GALLIARD . . . . .     | Parasitologie.          | PORTES . . . . .       | Obstétrique.            |
| GASTINEL . . . . .     | Bactériologie.          | QUÉNU . . . . .        | Patholog. chirurgicale. |
| GATELLIER . . . . .    | Patholog. chirurgicale. | RICHET . . . . .       | Physiologie.            |
| DE GAUDART D'ALLAINES  | Patholog. chirurgicale. | SANNIÉ . . . . .       | Chimie biologique.      |
| GAYET . . . . .        | Physiologie.            | SENEQUE . . . . .      | Patholog. chirurgicale. |
| GIROUD . . . . .       | Histologie.             | SEZARY . . . . .       | Dermatol. et syphiligr. |
| HAGUENAU . . . . .     | Pathologie médicale.    | TROISIER . . . . .     | Pathol. expérimentale.  |
| HALPHEN . . . . .      | Oto-rhino-laryngol.     | TURPIN . . . . .       | Pathologie médicale.    |
| HAZARD . . . . .       | Pharmacologie.          | VALLERY-RADOT          |                         |
| HUGUENIN . . . . .     | Anatomie pathologiç.    | (Pasteur) . . . . .    | Pathologie médicale.    |
| JOANNON . . . . .      | Hygiène.                | VELTER . . . . .       | Ophthalmologie.         |
| LABBE (Henri) . . . .  | Chimie biologique.      | VIGNES . . . . .       | Obstétrique.            |
| LACOMME . . . . .      | Obstétrique.            | WILMOTH . . . . .      | Patholog. chirurgicale. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.                   |                       | MM.                 |                      |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|
| ALGLAVE . . . . .     | Pathologie chirurgic. | LEROUX . . . . .    | Anatomie pathologiç. |
| BUSQUET . . . . .     | Pharmacologie.        | LEVEU-LEMAIRE . . . | Parasitologie.       |
| CHAILLEY-BERT . . . . | Physiologie.          | ZIMMERN . . . . .   | Physique.            |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

| MM.                |                        | MM.                  |                        |
|--------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| ABRAMI . . . . .   | Clinique médicale.     | HEITZ-BOYER . . . .  | Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN . . . . . | Clinique médicale.     | MOCQUOT . . . . .    | Clinique chirurgicale. |
| BRULÉ . . . . .    | Clinique médicale.     | MOURE . . . . .      | Clinique chirurgicale. |
| CHIRAY . . . . .   | Clinique médicale.     | SCHWARTZ . . . . .   | Clinique chirurgicale. |
| DUVOIR . . . . .   | Clinique médicale.     | GUENIOT . . . . .    | Clinique obstétricale. |
| HARVIER . . . . .  | Clinique médicale.     | LE LORIER . . . . .  | Clinique obstétricale. |
| LIAN . . . . .     | Clinique médicale.     | LEVY-SOLAL . . . . . | Clinique obstétricale. |
| BASSET . . . . .   | Clinique chirurgicale. | METZGER . . . . .    | Clinique obstétricale. |
| CADENAT . . . . .  | Clinique chirurgicale. |                      |                        |

## V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé | Education physique.  |
| FREY . . . . .        | Stomatologie.        |
| LEDOUX-LEBARD . ....  | Radiologie clinique. |
| WEIL-HALLÉ . . . . .  | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage ému de piété filiale.*

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR CARNOT

NOTRE MAITRE

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et  
qui a bien voulu nous faire l'honneur de  
la présider<sup>e</sup>; avec toute notre reconnais-  
sance et notre respectueuse affection.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(Stage)

M. LE PROFESSEUR SERGENT

M. LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR SOULIGOUX (*in memoriam*)

(Externat)

M. LE DOCTEUR DESCOMPS (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR CARNOT

M. LE PROFESSEUR TESSIER (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR MACÉ

M. LE DOCTEUR DEBRAY

M. LE DOCTEUR SYLVAIN BLONDIN

M. LE DOCTEUR CAHEN

(Internat provisoire)

M. LE DOCTEUR PICHON

M. LE DOCTEUR LEMELAND



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## INTRODUCTION

Tous les cliniciens s'accordent à reconnaître la difficulté de l'exploration radiologique du foie, et en particulier, des collections purulentes de cet organe.

Sans doute il existe des signes de présomption en faveur de l'abcès, tels que les modifications pleurales, pulmonaires ou diaphragmatique ; l'examen des contours du foie permet aussi de voir la voussure d'une collection qui pointe vers le haut ou vers le bas. Mais, malgré les progrès de la technique, malgré certains artifices tels que l'insufflation des viscères creux, la visibilité de la masse hépatique reste peu nette, les images radiographiques peu satisfaisantes. Le pneumo-péritoine arrive à isoler l'image du foie, en la séparant du diaphragme, de la paroi abdominale et des autres viscères. Il est possible, alors, de noter les modifications de volume et de contours de l'organe. Cependant, ce procédé doit être évité au cours des processus inflammatoires récents, par crainte de la rupture d'une poche purulente ; il n'est donc pas utilisable en cas de gros abcès.

De toutes façons, il est exceptionnel que l'ombre d'un abcès central puisse être aisément distinguée.

Certains auteurs (Einhorn), pour rendre le foie visible, ont préconisé l'ingestion de tétraïode-phé-

nol phtaléine ; les résultats n'ont pas été extrêmement probants.

Depuis quelques années, de nombreux travaux ont essayé de mettre au point les procédés d'hépatographie par les produits dérivés du thorium, procédés qui rendraient particulièrement service dans le cancer, le kyste hydatique et l'abcès du foie.

Robert J. Reeves et Elbert D. Apple, en Amérique, ont même rapporté l'observation récente d'un abcès dysentérique découvert de cette manière, alors que l'examen physique était négatif ; ils ont ainsi pu suivre l'évolution et la régression de cet abcès.

Toutefois, étant donné que cette méthode n'est pas encore entièrement au point, la plupart des radiologues conseillent la prudence dans l'emploi des substances à base de thorium, substances qui injectées et fixées dans le foie, sont d'une élimination extrêmement lente.

On conçoit pourtant la nécessité de surveiller méthodiquement le siège et l'évolution de ces abcès, de façon à se rendre compte de l'heureux effet du traitement par l'émetine, et, dans les cas rebelles, à décider de l'opportunité d'un traitement chirurgical.

Nous avons pour cela, deux procédés qui se complètent :

d'une part, les ponctions répétées,

d'autre part, les injections, dans la cavité, d'air et de lipiodol,

Cette dernière technique améliore considérablement les résultats de l'exploration radiologique ; elle va donner, d'une manière précise, la situation de l'abcès ; elle en fixe les limites supérieure et inférieure, parfois même le contour, et l'on peut, ainsi, de façon sûre, apprécier l'évolution de la collection purulente.



## HISTORIQUE

La ponction de l'abcès est un procédé très ancien ; les médecins coloniaux l'utilisent couramment et depuis longtemps.

Dès 1828, Annesley, dans l'Inde, puis Maclean et Manson signalent cette opération.

En 1902, Rogers, à Calcutta la préconise, puis en France et dans des cas isolés, Chauffard, Rouget, Valence et plusieurs autres.

La ponction d'abord est exploratrice, dans un but de diagnostic ; on en fait rapidement un moyen thérapeutique, et elle devient évacuatrice. Certains déclarent même que l'aspiration doit être considérée comme la thérapeutique de choix, et qu'elle raccourcit considérablement le séjour à l'hôpital. (Manson, Bahr, Low). C'est, à leurs yeux, une opération indolore et sans risques pour le malade, les accidents qui peuvent en résulter étant tout à fait exceptionnels. (Combier et J. Murard).

Quelques auteurs ont, à la suite de cette ponction cherché à injecter du liquide opaque dans la poche. Déjà, en 1922, J. A. Sicard et Forestier signalent l'utilité de l'exploration des abcès au lipiodol, envisageant surtout alors les abcès froids d'origine osseuse.

Plus tard, Forestier et Quentz déclarent que le lipiodol est indiqué toutes les fois qu'on veut mettre en évidence une cavité organique dans laquelle on ne peut introduire facilement un des nombreux corps opaques usuels ; et c'est le cas des abcès du foie.

N. Fiessinger et R. Casteran, en décembre 1927, à la Société Médicale des hôpitaux, rapportent l'observation d'un malade atteint d'un gros abcès amibien du foie. Cet abcès, situé dans le lobe gauche et d'une contenance de 1 litre et demi fut repéré par le lipiodol, après avoir évolué d'une façon latente pendant deux mois, sous l'aspect d'une congestion pleuro-pulmonaire de la base gauche, avec épanchement séro-fibrineux et d'une péricardite sèche, puis suppurée aseptique. Après avoir retiré une grande partie du pus, les auteurs ont injecté dans la cavité hépatique 5 centimètres cubes de lipiodol descendant et 5 centimètres cubes de lipiodol ascendant Lafay. Ils ont pu, ainsi, délimiter l'abcès, démontrer l'importance de son étendue et suivre sa régression. Ils concluent en disant : « Nous croyons ces constatations toutes nouvelles ; elles éclairent un point très délicat de topographie in vivo des abcès intra-hépatiques ».

En effet, dans l'abondante littérature de l'amibiose hépatique, nous n'avons trouvé que peu d'observations analogues ; et si la ponction évacuatrice est considérée par la majorité des auteurs comme très utile, (M. Faure-Baulieu, Garin, Ramond en France, Bhandari en Inde, Hargrove en Amérique,

Florence J. Mursay au Canada, Manson, Bahr, Kilner et surtout Rogers, en Angleterre), l'exploration lipiodolée est encore assez peu pratiquée.

Cependant, en janvier 1926, Castex, Romano et Gonzales signalent les résultats de l'exploration radiologique du pyo-pneumo-kyste sous phrénique, par l'injection du lipiodol. Et, à la suite de N. Fiesinger et de R. Castéran, on trouve, dans la littérature étrangère, quelques essais concluants de cette méthode.

F. K. Boland, en Amérique, déclare que l'examen radiologique des abcès que l'on suspecte n'apporte pas toujours un très gros appoint au diagnostic et conseille après avoir aspiré le pus, de remplacer le liquide par le lipiodol.

C. C. Wilmoth, vers la même époque, prône aussi la ponction associée aux injections d'huile iodée ; elle peut, dit-il, indiquer le siège exact de la collection et surtout son volume et ses contours, ce qui permet l'abord chirurgical dans les meilleures conditions.

Quant à l'injection d'air, destinée à préciser le pôle supérieur, elle n'a guère été pratiquée. Pourtant, dès 1917, le Professeur Carnot et de Kerdrel avaient noté, à la suite des ponctions, la présence d'une bulle d'air entrée spontanément, et localisée à la partie supérieure de la poche, ce qui rendait son repérage radiologique plus facile ; et par la suite, ces auteurs ont injecté systématiquement un peu d'air, pour rendre mieux visible le pôle supérieur de l'ab-

cès. Pérard, de Casablanca, a remarqué un phénomène analogue dans plusieurs observations ; il insiste sur ce fait que l'aspect radiologique d'une collection hydro-aérique donne la certitude d'une formation liquide.

D'autre part, P. Lamarque, dans son précis de Radio-diagnostic signale « un procédé intéressant pour faire le diagnostic différentiel entre la pleurésie et l'abcès sous-phrénique » et « qui consiste à ponctionner et à injecter l'air ».

Enfin, dans un article tout récent, le professeur P. Carnot met au point cette question. Il insiste en particulier, sur la nécessité des examens radiologiques successifs après les injections d'air et de lipiodol ; ce qui permet de suivre les effets du traitement médical et de localiser l'abcès d'une manière précise, en vue d'une intervention chirurgicale souvent nécessaire pour ces grands abcès du foie dont la rétraction est difficile.

## OBSERVATION N° 1

R..., 55 ans, terrassier, entre à l'hôpital le 9 octobre 1933. Depuis le début du mois, il se plaint d'une diarrhée profuse, liquide et fétide, (20 selles par 24 heures) d'intallation brusque et qui s'accompagne d'une deshydratation rapide.

Il n'y a aucun antécédent caractéristique. Pendant la guerre, cependant, en Belgique, cet homme eut une diarrhée tenace qui n'a pas nécessité son évacuation, (bien qu'un certain nombre de ses camarades aient été évacués pour la même cause). Depuis, de temps à autre il a présenté quelques crises diarrhéiques peu importantes, souvent en relation avec des excès alimentaires ou de boisson. Il restait bien portant dans l'intervalle des accès.

A son entrée dans le service, on note une légère lassitude, un état saburral de la langue.

Sa température est à 40°. Son pouls rapide, sa T. A. basse (10-6,5 à l'appareil de Vaquez), la diarrhée persiste, mais moins intense qu'au début (15 selles).

A l'examen, foie un peu augmenté de volume et douloureux. La recherche dans les selles des bacilles typhiques ou dysentériques, des amibes et des kystes reste stérile.

Le 12 octobre, l'homme ressent une douleur abdominale brutale, prédominant dans le bas ventre et à droite, irradiant en haut, vers le thorax ; le foie est gros et douloureux ; il y a de la défense musculaire. On met de la glace sur le ventre ; on injecte du sérum glucosé.

Le 13 octobre, la douleur a diminué, la température tombe à 38°, on note à la base droite un syndrome d'épanchement pleural. Nous ponctionnons au 9° espace ; le liquide retiré est louche, non fétide, contenant des polynucléaires très altéré, des lymphocytes abondants, mais pas de germes, ni à l'examen direct, ni à la culture.

Dans les jours suivants, on constate une augmentation de la matité de la base droite. Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt.

La diarrhée devient moins intense.

Le 18 octobre, nous pratiquons une nouvelle ponction pleurale, 2 espaces plus haut, dans le 7°, le liquide retiré est clair, séro-fibrineux. Une deuxième ponction au niveau du 9° espace, mais plus profonde, permet d'aspirer, à pleine seringue un liquide opaque, brun « chocolat », non fétide, véritable pus amibien.

Dans aucun des 2 liquides on ne trouve de microbes ou d'amibes, à l'examen direct ni à la culture.

Dans les selles qui sont encore pâteuses et au nombre de 3 à 4 par jour, on ne trouve ni amibe, ni kyste. L'examen rectoscopique montre simplement une rougeur inflammatoire diffuse.

Mais l'aspect du pus est si net que nous soumettons immédiatement le malade à une cure d'émetine (0 gr. 08 par jour pendant 10 jours) qui sera suivie d'une cure arsenicale (0,25 de stovarsol par jour). Sous cette influence, nous notons une amélioration rapide.

La température tombe, l'appétit renaît, la diarrhée cesse. Ces résultats confirment le diagnostic porté.

Quelques jours après : nouvelle ponction au 9° espace, qui ramène un pus plus clair, « café au lait ». Dans l'abcès qui, au milieu du foie, était auparavant peu visible aux rayons X, nous injectons 10 centimètres cubes d'air et 5 centimètres cubes de lipiodol.

La limite supérieure de la poche purulente fut alors indiquée à la radioscopie par une bulle d'air ; la limite inférieure par le lipiodol qui tombait lentement en flocons à travers le pus et qui, en bas, finit par s'étaler en cuvette terminée par un godet au point déclive. Entre ces points extrêmes, il y avait, à l'orthodiagramme 15 centimètres.

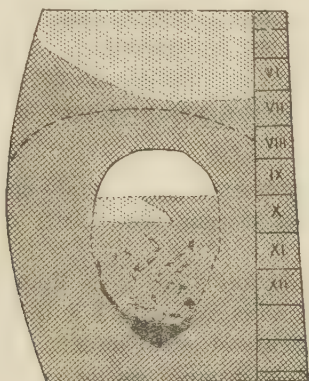
En faisant incliner le malade à droite puis à gauche, on mit en évidence 2 autres diamètres obliques sensiblement

égaux. Par suite, on put estimer que la poche était à peu près ronde, mais irrégulièrement, avec un godet inférieur, des contours inégaux,

et, en haut deux lignes de niveau à des hauteurs différentes, indiquant une cavité probablement cloisonnée.

La coupole droite du diaphragme est très remontée, immobile lors des mouvements respiratoires ; on remarque au-dessus la présence d'un épanchement pleural de moyenne abondance, refoulé par le bombement diaphragmatique et remontant jusqu'au 6<sup>e</sup> espace.

Des clichés furent tirés de face et de profil.



Cliché pris en position frontale. On voit nettement les deux niveaux liquides et le lipiodol tombant en flocons

Depuis, l'évolution de cet abcès a été suivie grâce à des ponctions et des examens radiologiques fréquents.

L'état général du malade s'améliore de jour en jour. Celui-ci engraisse, a bon appétit et demande à manger, il n'a plus que quelques selles pâteuses par jour ; il veut quitter l'hôpital.

On ne trouve aucun signe d'insuffisance hépatique ; l'épreuve de la galactosurie s'est révélée normale ; il n'y a pas de troubles sanguins : Duke 2' — coagulation 10', pas de signe du lacet, pas de subictère.

Localement, il n'y a pas de modification nette ; l'épanchement pleural est toujours au même niveau, le foie est aussi gros et légèrement sensible ; les ponctions ramènent régulièrement un pus brun « chocolat », plus épais à la fin de l'aspiration, par suite de la décantation du liquide.

Le 30 octobre, on retire 135 centimètres cubes de pus bien lié, un peu plus clair qu'au début.

Une radiographie montre à ce moment une poche d'air toujours considérable, et le lipiodol au fond de la cavité, il en reste des traces irrégulières le long de la paroi externe.

Le 22 Novembre, nouvelle ponction, on retire 330 centimètres cubes de pus « café au lait », on injecte de l'air et 10 centimètres cubes de lipiodol.

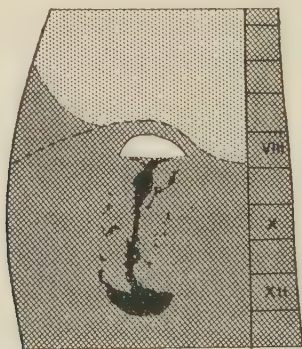
La radioscopie ne montre pas de diminution notable de la poche, bien qu'elle soit pratiquée aussitôt après la ponction.

Le 6 décembre, on aspire jusqu'à épuisement près de 500 centimètres cubes de pus brun clair, coulant sous pression au début.

Nouvelle injection d'air et de lipiodol.

On constate alors aux rayons X que la cavité est rétrécie à sa partie inférieure et latéralement.

En hauteur, la distance est de 11 à 12 centimètres.



L'abcès, après ponction, se comble selon des pressions latérales

Il semble donc que le traitement éméтино-arsenical n'ait pas suffisamment asséché l'abcès, puisque 2 mois après le début, il contient encore près d'un demi-litre de liquide ; on retrouve cette impression en comparant les clichés obtenus après une injection aéro-lipiodolée.

La poche, distendue, mesure encore 12 centimètres environ, au lieu de 15 au début, dans ses diamètres. Ce n'est donc pas une diminution très sensible.

De plus, après ponction, elle se réduit latéralement, augmentant son diamètre vertical jusqu'à 15 centimètres, écrasant alors le lipiodol dans sa fente verticale. Le lipiodol remonte jusqu'à la bulle d'air et laisse quelques taches éparses qui témoignent de la persistance de ramifications. Cette rétraction latérale serait purement mécanique, ex vacuo, la cavité reprenant sa forme ronde lorsqu'elle est à nouveau distendue.

Le 8 décembre, on commence une nouvelle série d'émétine.

Dans la suite, les signes de réaction pleurale diminuent de plus en plus. Le foie est peu douloureux, il n'y a plus de diarrhée, plus de température.

Bref, tout phénomène inflammatoire semble avoir disparu, mais le foie reste gros. L'abcès semble se comporter, après un tel traitement, d'une façon autonome, sans phénomènes toxi-infectieux. Mais la poche n'arrive pas à s'affaïsser, sans doute en raison de sa coque hépato-conjonctive ; aussi, le liquide peut-il s'y reproduire.

Au début de janvier 1934, de nouveaux examens, après une nouvelle série d'émétine, montrent une rétraction nette de la poche, mais de quelques centimètres seulement ; cette rétraction est lente à se produire.

Il semble donc utile le conseiller un drainage chirurgical de cette poche purulente qui ne régresse que lentement et dans laquelle le liquide se reproduit assez vite, et même, sous pression.

Mais le bon état général du malade autorise une expectative et permet d'attendre encore les résultats d'une nouvelle cure d'émétine.

Cette nouvelle cure est administrée. Les résultats en sont très satisfaisants. L'examen physique révèle une diminution nette de l'hépatomégalie ; il n'y a plus de signes pleuro-pulmonaires. Quant à l'état général, il est toujours aussi bon. Un dernier cliché radiographique pris le 18 janvier 1934, vient confirmer l'amélioration. La poche purulente est notablement réduite surtout latéralement, se révélant par quelques traînées verticales, de lipiodol ; le bas-fond opaque est remonté de plusieurs centimètres, on ne remarque plus de niveau liquide.

Le malade quitte l'hôpital tout à fait remis et il semble qu'il puisse guérir définitivement sans intervention chirurgicale.

#### OBSERVATION N° 2 (de MM. Harvier et Maison)

*Nous tenons à remercier MM. Harvier et Maison qui ont eu l'obligeance de nous communiquer l'observation et les radiographies.*

Le G..., 32 ans, entre dans le service, avec une température à 40°, une diarrhée abondante.

Cet homme il y a 17 ans, au cours d'un séjour dans un camp allemand, où régnait la dysenterie, a souffert d'une diarrhée chronique qui ne fut pas soignée et qui guérit spontanément.

A l'examen du malade, le 13 mai 1932, on trouve un très gros foie, dont le bord supérieure remonte au mamelon, dont le bord inférieur atteint presque l'épine aliaque, de consistance ferme.

A la base droite, il y a un épanchement pleural dont la matité remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate.

On fait une ponction, à travers la plèvre, et l'on retire un pus brun « chocolat », typique, qui est stérile à l'examen direct et à la culture.

Devant le résultat de cette ponction, on institue un traitement à l'émetine, qui va faire baisser la température en 3 jours ; le foie va diminuer de volume ; la diarrhée va cesser.

Une injection d'air et de lipiodol dans l'abcès permet de le repérer exactement.

Une radiographie pratiquée le 14 mai montre une image nette de la poche.

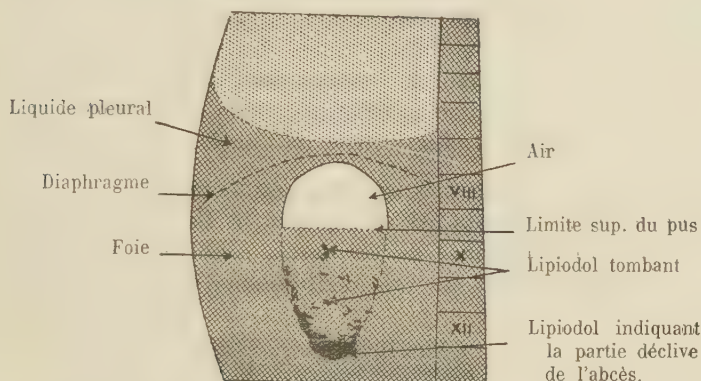


Image caractéristique prise peu de temps après l'injection d'air et de lipiodol

La limite supérieure, soulignée par une grosse bulle d'air, atteint le niveau de la VII<sup>e</sup> vertèbre dorsale, refoulant le diaphragme et l'épanchement pleural. Une ligne horizontale marque la limite du liquide purulent, un peu au-dessous du milieu de la poche.

Dans le pus, des parcelles de lipiodol sont parsemées. La paroi externe est bien visible, tracée par une coulée de lipiodol.

La cuvette inférieure, où est tombée la plus grande partie du liquide opaque, descend au-dessous de la XII<sup>e</sup> vertèbre dorsale.

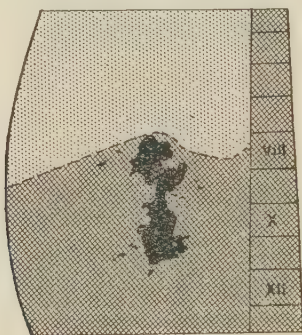
On se trouve donc en présence d'un volumineux abcès de forme ovoïde, à grosse extrémité supérieure.

Un fait à remarquer :

C'est là faible épaisseur de tissu hépatique qui sépare du diaphragme le pôle supérieur, et en outre, le bombement accentué de ce pôle. On peut ainsi se rendre compte de la tendance qu'a la collection à évoluer vers le haut et de la possibilité d'une évacuation terminale par vomique.

En effet, le 24 mai 1932, 10 jours après l'arrivée du malade, a lieu une vomique abondante. On passe l'homme sous écran et on note une rétrocession importante de l'image radiologique. La volumineuse poche est devenue un simple pertuis médian, étirant le lipiodol dont quelques grains sont disséminés dans le parenchyme hépatique où ils restent comme témoins de l'étendue initiale de l'abcès.

En quinze jours, la guérison est complète. Un dernier cliché montre des taches de lipiodol, à l'ancienne place de l'abcès ; quelques-unes de ces traces sont sus-diaphragmatiques, probablement en voie d'élimination par les bronches.



La vomique a eu lieu. Il ne reste plus que le lipiodol qui s'éliminera peu à peu.

Le malade a été revu par la suite, en excellente santé.

De cette observation, il ressort que le traitement médical a été aidé et que la guérison a été accélérée par le drainage spontané qu'a réalisé cette vomique.

### OBSERVATION N° 3

M..., ajusteur de 64 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en avril 1932, parce que depuis la fin de janvier 1932, il a une fatigue et un amaigrissement de plus en plus marqués.

Dix mois auparavant, il a été soigné pour une pleurésie de la base droite qui a duré 6 semaines.

Il n'a pas d'antécédent connu de dysenterie ; il n'a jamais quitté la France.

On l'examine : on trouve une large zone de matité hépatique se confondant avec une matité de la base droite.

On ponctionne en pleine zone mate : il vient un liquide purulent brun « chocolat », sans amibes ni kystes, contenant de nombreuses hématies et des polynucléaires plus ou moins altérés.

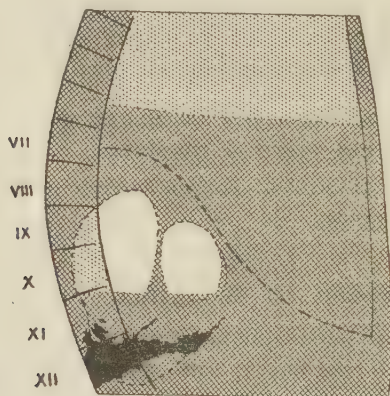
On injecte de l'air et du lipiodol. Sous écran, l'abcès se trouve ainsi nettement délimité, en haut par l'air, en bas par le lipiodol. Les deux points extrêmes sont distants de 15 centimètres.

Creusé en plein parenchyme hépatique et affleurant en haut la coupole diaphragmatique dont il n'est séparé que par une mince couche de parenchyme, il pointe en dôme dans la cavité thoracique jusqu'au niveau du 4<sup>e</sup> espace intercostal. En bas, il descend plus bas que la 12<sup>e</sup> vertèbre dorsale.

Il s'agit là encore d'un abcès volumineux, presque rond en position frontale et en position oblique.

Quelques jours après une ponction permet de retirer 350 centimètres cubes de liquide. On réinjecte de l'air et du lipiodol, et on constate que l'aspect de la collection n'est pas sensiblement modifié. Le fond semble cependant un peu plus haut et un peu plus étalé qu'au début.

Sur deux radiographies, l'une de face, l'autre en oblique, on note une sorte de cloisonnement transversal, comme s'il y avait deux collections accolées qui d'ailleurs communiqueraient, puisque les lignes liquidiennes horizontales sont au même niveau.



Aspect bilobé de l'abcès photographié en position O.A.D.

En raison du volume de cet abcès, et de sa tendance à évoluer vers le hant, devant l'imminence d'une perforation pleurale ou péricardique, on conduit le malade au chirurgien, qui trouve une grande poche sous-diaphragmatique avec des parois épaisses et scléreuses.

L'opération a été faite par voie costo-lombaire (2 côtes sont enlevées).

Cependant le malade, épuisé, meurt trois semaines plus tard, dans une cachexie progressive. Il y eut opposition à la vérification anatomique.

## GÉNÉRALITÉS

A l'occasion de ces trois cas de grands abcès autochtones du foie il convient de rappeler brièvement leur fréquence relative en France, surtout depuis la guerre avec son mélange de peuples. Pour certains auteurs, il y aurait même, dans notre pays, des foyers de dysenterie autochtone, dans le midi et dans le nord (Vannier).

Dans de nombreux cas, les commémoratifs sont très vagues ; il faut presque extirper de la mémoire du malade la notion d'une crise de diarrhée mal caractérisée, d'une petite épidémie locale. Il est d'ailleurs reconnu, actuellement, que l'amibiase hépatique peut se développer dans une proportion de 30 % sans phénomène dysentérique antérieur et parfois, sans aucune lésion colitique (Rogers-Murray).

L'abcès volumineux et unique que nous envisageons surtout, est plus fréquent que l'abcès multiple. (63 % dans la statistique de Sambuc). Il siège de préférence, dans le lobe droit du foie. Vergoz et Hermenjat-Gérin, en 1932, signalent une proportion de 64 abcès du lobe droit pour 15 du lobe gauche.

L'amibe, constituant une véritable métastase hépatique amenée par voie portale ou lymph-

tique (Valcke) détermine un nodule de nécrose parenchymateuse, centre de désorganisation autour duquel se constitue une membrane embryonnaire pyohémique. Le pus, qui ne renferme que des cellules altérées et des leucocytes, détruit le tissu qui l'entoure, et, parallèlement, s'organise autour de lui la membrane pyogénique d'enkystement. Puis, l'abcès augmente de volume, refoulant sa propre paroi par une pression continue, tandis qu'autour de cette paroi, les cellules hépatiques s'aplatissent, se tassent, disparaissent, donnant lieu à une enveloppe de tissu conjonctif, à une sorte de membrane d'enkystement. C'est cette coque hépato-conjonctive qui, rigide, s'oppose au collapsus des grands abcès, une fois qu'ils sont évacués, et qui permet la reproduction du liquide.

Combien de temps nécessite le développement d'un de ces grands abcès autochtones, à évolution subaiguë, tels que ceux que nous rencontrons en France ? C'est difficile à préciser. D'après la statistique de Grall, 30 % se développent en plus de 2 mois ; 13 % en moins de 15 jours.

Dans notre première observation, il semble que l'abcès se soit développé en une quinzaine de jours. Par contre, dans le troisième, l'abcès s'est manifesté plusieurs mois après l'épisode initial.

## DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC

Sans doute, il est des abcès du foie dûment caractérisés par les antécédents, comme par les signes cliniques ; leur diagnostic en est aisé.

Mais, dans d'autres cas, la note hépatique peut être longtemps absente, et l'abcès peut se manifester de façon très différente selon la prédominance de tel ou tel symptôme, créant les différentes formes cliniques, formes gastrique, intestinale, péritonéale et surtout pleuro-pulmonaire comme l'ont établi Françon et J. Hutinel.

On connaît aussi la latence extrême de certains abcès, parfois très grands, à évolution chronique, ne se révélant souvent que plusieurs mois ou plusieurs années après leur début, soit par de vagues douleurs dans l'hypocondre droit, soit par de la fatigue avec amaigrissement, soit enfin par une augmentation de volume du foie. Et même reconnue l'hépatite amibienne, les antécédents étant nets, la recherche dans les selles des amibes et des kystes étant positive, le problème peut alors se poser de savoir s'il s'agit d'une hépatite congestive simple, ou d'une hépatite suppurée. Il n'est pas de signe clinique absolu ; l'accentuation des phénomènes lo-

caux et généraux, de l'hyperleucocytose, la température oscillante, ce sont là des signes de présomption en faveur de la présence de pus.

D'autre part, si l'on croit à une collection suppurée de l'hypocondre droit, il faut la localiser au foie, éliminer la possibilité d'un abcès sous-phrénique, d'une cholecystite suppurée.

Devant la difficulté d'assurer parfois la présence de l'abcès dont la symptomatologie peut être si variable, devant la pauvreté des signes physiques proprement hépatiques, qui puissent témoigner de la collection purulente, on est amené à tenter une ponction et surtout un examen radiologique.

Ceux-ci vont permettre d'assurer le diagnostic et en outre, de suivre attentivement l'évolution. C'est dans la surveillance de ces grands abcès du foie que les injections d'air et de lipiodol vont prouver leur utilité.

## LA PONCTION

En effet, si l'hépatite amibienne simple, non suppurée guérit rapidement par l'émetine, il n'en est pas de même de l'abcès. Celui-ci peut régresser, complètement parfois, mais on ne peut en être sûr sans la ponction et la radioscopie. D'autre part, l'abcès peut se surinfecter, l'infection atteignant l'abcès amibien aseptique comme elle complique un kyste hydatique aseptique, indiquant alors l'intervention par incision et drainage. C'est par la ponction et l'examen du pus retiré que l'on pourra se rendre compte précocement d'une telle éventualité.

La ponction était, auparavant, rejetée comme dangereuse. On craignait les hémorragies, l'inoculation péritonéale ou pleurale. En fait, elle est d'une simplicité sans égale et d'une innocuité à peu près complète, à condition qu'elle soit faite avec une asepsie rigoureuse. Si la technique est sûre, si l'on enfonce fermement l'aiguille aux dimensions convenables, de façon à pénétrer d'un seul coup à la profondeur nécessaire, la douleur est minime. Elle se produit au moment où l'on traverse la capsule du foie ; il est exceptionnel qu'elle persiste quelque temps, avec une irradiation typique à l'épaule droite.

Les médecins coloniaux, et les médecins français qui, pendant la guerre, ont eu l'occasion de traiter de nombreux abcès amibiens du foie par ponction, s'accordent à reconnaître la bénignité d'une telle intervention, et l'on a vu de volumineux abcès ponctionnés 15, 20 fois et même plus, sans aucun accident.

La technique de cette ponction a été bien décrite par C. C. Wilmoth dans les « *Annals of surgery* ». Nous n'y insistons pas. Elle se fait soit en pleine tumeur, si l'on en sent une, soit au niveau du point maximum de la douleur, soit enfin dans le 9° espace intercostal, en avant de la ligne axillaire, ou mieux, dans le 10°.

La ponction permet de constater l'effet du traitement. Et si l'aspiration *a vacuo* répétée à quelques jours de distance montre une diminution nette de la quantité de pus, on est en droit d'attendre les meilleurs résultats de la cure émétinique. L'aspect du pus lui-même se modifie : sa couleur change, devient plus claire, « café au lait » au lieu de « chocolat » ; il est plus fluide et s'aspire plus facilement. On peut donc vérifier qu'il ne s'agit pas là d'une ré-accumulation de pus, et que si la quantité de liquide retiré est toujours la même, ce phénomène est dû à l'effusion de sérosité dans la cavité, sérosité qui prend probablement la place restée libre (Mauson-Bahr). Ces auteurs signalent le cas d'un abcès qui, à la troisième aspiration, donnait un liquide tou-

jours aussi abondant, mais constitué d'une sérosité claire et fluide. Annesley avait déjà noté ce fait.

Lorsque le pus reste stérile et, dans 80 % des cas, il ne contient ni amibes, ni germes pathogènes, il faut continuer le traitement par aspirations. Mais, pour mieux apprécier l'amélioration, et la contrôler radiologiquement, il est nécessaire de localiser définitivement l'abcès et de déterminer ses formes et ses dimensions. C'est dans ce but qu'il convient d'employer les injections d'air et de li-piodol.

*Renseignements fournis par l'examen radiologique  
d'un abcès du foie non préparé*

Ces renseignements sont peu probants, en général. L'image d'un abcès central est rarement trouvée : tout au plus peut-on la deviner.

Evidemment, l'hépatomégalie se révèle ; mais l'image du foie manque de netteté et l'abcès peut rester invisible tant qu'il ne vient pas modifier les contours de l'organe.

Dans ce dernier cas, se produit une voussure assez caractéristique, soit en brioche, lorsqu'elle déforme la face supérieure du foie, soit en une masse arrondie qui tranche sur la clarté d'un estomac insufflé, lorsqu'elle pointe vers le bas.

Il y a trois constatations essentielles :

la dénivellation de l'hémi-diaphragme qui est repoussé plus haut que normalement ;

la diminution d'amplitude ou même l'arrêt de ses mouvements ;

l'irrégularité des contours.

Ce sont là des signes assez banaux d'hépatite, et si, à ces signes, s'ajoutent d'autres aspects dus à la participation de la plèvre diaphragmatique, si des adhérences se produisent, suspendant en quelque sorte la coupole musculaire et contribuant à son immobilisation, s'il y a pleurésie diaphragmatique, ou même pleurésie de la grande cavité associée, si, enfin, des phénomènes réactionnels viennent compléter le tableau, on conçoit la difficulté que le radiologue puisse éprouver, non seulement à distinguer un abcès du foie, mais parfois encore à départager ce qui est sous ou sus-diaphragmatique.

#### *Utilité de l'injection d'air*

Depuis longtemps, on avait remarqué, à la suite des ponctions (Carnot et De Kerdrel) la présence d'une bulle d'air à la partie supérieure de la collection. L'air était rentré spontanément par la lumière de l'aiguille, à la faveur du vide créé par l'aspiration. Comme cette bulle, par sa clarté sous l'écran, localisait parfaitement le sommet de la poche, le professeur Carnot, depuis, injectait un peu d'air

dans les poches purulentes, systématiquement, de façon à améliorer la visibilité radiologique.

Cette image aérique est en effet très nette à la radioscopie et sur les radiographies. On peut établir son rapport exact avec le contour supérieur du foie, et dans le cas où une très mince épaisseur de tissu hépatique sépare la bulle du diaphragme, on peut prévoir la tendance à évoluer vers le haut et envisager la possibilité d'une fistulisation pleuro-pulmonaire ou péricardique.

Nous avons vu que l'abcès du foie s'accompagne dans la règle d'une réaction pleurale et pulmonaire, réaction d'autant plus intense que l'abcès est plus volumineux et qu'il tend à évoluer vers le haut. Cela vient rendre encore plus difficile l'examen sous écran, lorsqu'un épanchement pleural un peu abondant voile l'image de la coupole diaphragmatique. Il peut être alors très délicat de distinguer s'il s'agit d'une grosse réaction pleuro-pulmonaire de la base isolée ou associée soit à une simple augmentation du volume de la masse hépatique, dans son ensemble, soit à une collection hépatique évoluant vers le haut et soulevant la coupole diaphragmatique.

Certains abcès intra pulmonaires de la base peuvent être très difficilement distingués d'une collection sous-phrénique ; et l'on sait qu'un abcès amibien de cette région peut se rencontrer isolé, ou coexistant avec un abcès du foie ; dans quelques

cas, même, cet abcès pulmonaire peut communiquer à travers le diaphragme avec une collection hépatique.

Toutes ces éventualités rendent le diagnostic plus complexe encore ; et l'on se doit alors de chercher à améliorer la technique radiologique.

Parfois, il se produit spontanément un dégagement de gaz dans l'abcès, venant aider l'exploration sous écran (Parturier et Raulot-Lapointe). Ne comptons pas sur cet événement ; et dès que la ponction a localisé la poche purulente, injectons une petite quantité d'air. 10 centimètres cubes suffisent habituellement.

Nous nous trouvons alors en présence d'une image claire, et en même temps d'un niveau horizontal qui vient certifier le diagnostic de collection liquidienne.

Ce niveau liquide est d'étendue variable, selon la quantité d'air injectée et la largeur de la cavité. Il reste horizontal dans toutes les positions du malade. Lorsque l'abcès est volumineux, on a une véritable impression de pyopneumothorax qui serait sous-diaphragmatique.

L'image claire tranche nettement sur les ombres environnantes et d'autant mieux que la quantité d'air injecté est plus grande. L'air gonfle en quelque sorte, la partie supérieure de la cavité, qui nous apparaît sous forme d'un dôme assez bien tracé, à moins qu'il n'existe des adhérences rendant

l'image moins régulière. S'il existe une cavité accessoire en communication avec celle-ci, un peu d'air peut s'y introduire, donnant lieu à un double niveau liquide.

### *Injection de lipiodol*

Une fois précisée la limite supérieure de la cavité, une injection de lipiodol lourd va en situer le fond. Injectons 5 à 10 centimètres cubes de lipiodol ; nous le verrons tomber lentement en flocons, au milieu du pus.

Glissant sur les parois, il va parfois en accrocher les anfractuosités et y être un moment retenu.

Puis, au bout d'un temps variable, il va se ramasser au point déclive.

Le lipiodol ainsi déposé tranche par son opacité sur le pus dont il est séparé par un niveau horizontal : le pôle inférieur de l'abcès en est parfaitement délimité. Si la paroi présente des aspérités proéminentes, le lipiodol y est en partie retenu et peut donner une image linéaire ou même en cuvette, image qui reste suspendue au milieu de l'abcès.

Quant au culot, il présente des aspects variables : soit régulièrement arrondi, en cupule, avec parfois un mamelon central ;

soit étiré, en radis ;

d'autres fois, et surtout quand diminue la ten-

sion de la poche, l'opacité du lipiodol s'étale et s'élève un peu.

Un abcès du foie ainsi apprêté, va pouvoir être examiné en détail.

On l'examine sous écran en position frontale. On mesure le diamètre vertical, entre le sommet de la bulle d'air et le fond de la cuvette. En inclinant le malade à droite, puis à gauche, l'air et le lipiodol, obéissant aux lois de la pesanteur, se déplacent, permettant de mesurer les diamètres obliques. On examine le malade en position oblique antérieure droite et en oblique antérieure gauche ; et on se rendra compte ainsi, des diamètres antéro-postérieurs..

On examine enfin le malade couché.

Grâce à cette technique, la situation exacte de la poche est définie :

non seulement son siège, dans le lobe droit ou plus rarement gauche ; mais aussi sa profondeur, par rapport au bord antérieur et au bord postérieur, sa hauteur, et ses rapports avec les faces de l'organe, sa situation par rapport aux espaces intercostaux ou aux vertèbres.

Des graphiques pourraient être calqués dans toutes les positions ; on chiffrera les diamètres avec exactitude. Et on appréciera ainsi, de façon assez précise, la forme : sphérique si l'abcès est tendu, ou ovoïde si l'abcès est plus flasque ; on jaugera approximativement son volume.

Au besoin, une stéréoradiographie complètera cette étude.

L'injection de lipiodol présente en outre l'avantage de pouvoir mettre en évidence une fistulisation de la poche. Parfois, en particulier, un « bouton de chemise » met l'abcès en communication avec une collection enkystée du péritoine. (Vergoz et Hermengat Gérin). Le lipiodol le révélera, s'il existe un pertuis.

Dans son dernier article, et, à propos de notre première observation, le Professeur Carnot, signale un aspect particulier de la poche. En effet, on note, surtout à l'examen radiologique de profil, que celle-ci est ronde dans l'ensemble, mais qu'en haut, il y a deux lignes de niveau. Ces lignes, situées à des profondeurs différentes, sont marquées par un arrêt du lipiodol, et par une opacité différente du liquide purulent « indiquant une sorte de poche « en cascade », comme dans certains estomacs atones en cascade ».

En résumé, sans faire intervenir ici la notion du pouvoir antiseptique « in vivo » du lipiodol, et en restant sur le terrain purement diagnostique, cette substance se révèle donc d'un intérêt tout particulier et assez neuf, lorsqu'elle est injectée dans la cavité des abcès du foie.

*La surveillance radiologique de l'évolution  
de ces grands abcès*

L'abcès, ainsi devenu familial, va pouvoir être suivi dans son évolution, par des radioscopies fréquentes, des ortho-diagrammes et des radiographies en série, après réinjection, à la suite de chaque ponction évacuatrice d'un peu d'air et de lipiodol.

On va le traiter médicalement, ce qui est toujours nécessaire, et souvent suffisant, surtout si l'on s'y est pris tôt.

Le traitement d'attaque sera fait :

en 8 à 10 injections de chlorhydrate d'émétine, chaque dose étant de 0 gr. 08, de façon à atteindre 0 gr. 80 pour un individu adulte de taille et de poids moyens.

Cette série de piqûres sera suivie, pendant 8 jours, de l'administration d'un gramme de stovarsol pro die.

Il faut, ensuite, continuer un traitement émétino-arsenical, en surveillant avec soin la tolérance du malade.

Ce traitement sera aidé par des ponctions, ponctions évacuatrices suivies ou non d'injection locale d'émétine. Cette dernière ne semble plus actuellement très efficace.

Les grands abcès peuvent subir, de ce fait, une amélioration rapide. La suppuration se résorbe lentement, et ce traitement, par simple ponction, peut guérir des collections volumineuses que seul pouvait guérir autrefois le drainage chirurgical avec sa longue suppuration.

Certains auteurs conseillent l'intervention chirurgicale lorsque le pus retiré est graisseux, huileux, caséeux, véritable pus mort (Chauffard).

D'autres continuent le traitement médical et les ponctions, réservant l'ouverture aux abcès dans le pus desquels l'examen révèle la présence de micro-organismes pyogènes (Wilmoth).

De toutes façons, si la ponction montre des modifications évolutives du pus, les examens radiographiques fréquents vont permettre d'apprécier les modifications locales.

Il faut savoir cependant que les manifestations cliniques ne sont pas toujours parallèles à la lésion anatomique, et notre malade de la première observation était en excellente santé apparente, bien qu'il restât porteur d'une volumineuse poche purulente.

Dans la règle, sous l'influence de l'émétine associée à la cure arsénicale, l'état général du patient s'améliore sensiblement et rapidement.

Dans les cas heureux, cette amélioration est anatomique autant que clinique.

Le pus retiré est moins abondant, plus clair.

Il est facilement aspiré au début de l'opération, puis devient plus épais, plus lourd sur la fin, par suite de la décantation à l'intérieur de la cavité.

### *Examen radiologique*

La radioscopie va donner divers enseignements :

Tout d'abord, la régression des signes indirects :

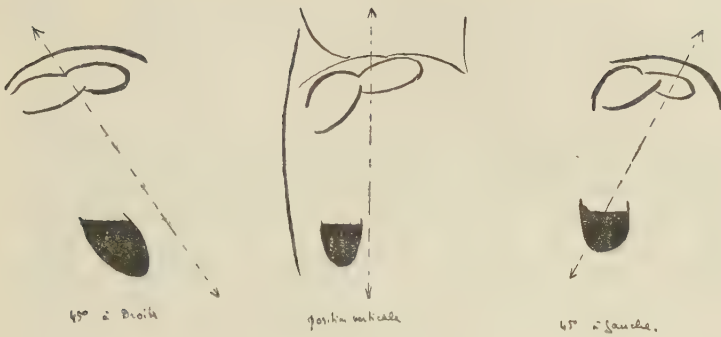
l'expansion diaphragmatique reprend, lors des mouvements respiratoires ;

la réaction pleuro-pulmonaire diminue, et le cul-de-sac costo-diaphragmatique s'ouvre mieux, à moins d'adhérences, séquelles de la pleurésie.

L'hépatomégalie régresse. Le bord supérieur du foie reprend sa netteté.

Quant à l'abcès lui-même, s'il est encore globuleux lorsqu'il contient du liquide, il est plus petit qu'auparavant. Après ponction évacuatrice, il n'est plus marqué que par une tache de lipiodol plus ou moins étirée dans le sens vertical et par une bulle d'air. Tout autour, dans l'aire primitive de la collection, des traces opaques vont persister plus ou moins longtemps, dues au comblement inégal et à quelques prolongements qui n'ont pas encore disparu.

Sous écran, on dessinera des calques, on mesurera les diamètres et l'on comparera avec les résultats obtenus précédemment.



Voici un calque dessiné sous écran quelque temps après une ponction évacuatrice, en position frontale, chez notre malade de la première observation :

Le malade se tenant vertical, on remarque que le bas-fond de lipiodol n'est plus étalé, mais, au contraire, allongé de bas en haut, que son niveau ne se déplace pas avec l'inclinaison du tronc, restant horizontal dans l'inclinaison de 45° à droite et à gauche.

Si, d'imagination, on reconstitue les contours de la poche, on trouve que celle-ci est aplatie latéralement jusqu'à rejoindre l'image aérique, l'extrémité supérieure étant un peu distendue. On retrouve en haut la biloculation marquée auparavant par les deux lignes de niveau.

Enfin, des radiographies doivent être prises, avant ponction, après ponction et injection d'air et de lipiodol. Ces clichés successifs comparés sur un

mégatoscope témoigneront de l'amélioration anatomique.

Dans notre deuxième observation, l'examen radiologique montre que l'abcès a diminué considérablement de volume, après sa fissuration et sa vomique. La cavité en est aplatie, autant par tassement périphérique que par absence de production purulente. En comparant les successives radiographies ou les calques, cette régression est nette, et finalement, on ne voit plus qu'une fente longitudinale remplie d'une colonne, qui commence d'ailleurs à se fragmenter, de lipiodol.

Il semble ici que la rétraction de la poche se soit faite dans le sens transversal, alors que le diamètre vertical gardait à peu près ses dimensions. Dans le reste du parenchyme hépatique, on trouve quelques taches opaques de lipiodol, témoignant de l'étendue initiale de l'abcès.

N. Fiessinger et R. Castéran, dans leur observation, suivent aussi la guérison d'un abcès volumineux, et constatent que la cavité se comble par ascension du fond, comblement de bas en haut et non transversalement, le niveau liquide horizontal restant toujours aussi étendu.

Ces deux constatations sont contradictoires, et étant donné le peu d'observations que nous possédons, nous nous garderons de conclure de façon définitive.

Il semble cependant que le mode de régression dépende surtout du siège de la poche purulente.

En effet, dans l'observation de MM. Fiessinger et Casteran, il s'agit d'un abcès du lobe gauche. Or, le lobe gauche du foie est mince et plat, étalé entre, d'une part le diaphragme et l'aire cardiaque, d'autre part, la face antérieure de l'estomac. Une collection à ce niveau se développe en refoulant le tissu hépatique surtout en haut et en bas, où elle rencontre une résistance moins grande. A la suite des ponctions, ou de la rétraction spontanée, la poche semble donc se combler de bas en haut, dans le sens où la pression extérieure est le plus efficace.

Dans notre observation, il s'agit d'un abcès du lobe droit, lobe épais, bridé latéralement par la base thoracique qui est repoussée excentriquement quand la collection se développe ; lorsque la tension de la poche diminue, la rétraction se fait logiquement ici selon des pressions latérales, plutôt que par des pressions verticales.

Telle est l'évolution des abcès du foie dans les bons cas. Mais elle n'est pas toujours aussi heureuse, et lorsque l'abcès est volumineux, la régression anatomique est plus longue, plus difficile, en dépit même d'un état général satisfaisant.

Notre malade de la première observation n'a plus de température, plus de douleurs ; il a repris son appétit ; il a grossi. Pourtant les ponctions ont retiré, à plusieurs reprises, une quantité importan-

te de pus, plus clair, il est vrai, et plus fluide à la dernière opération.

Des examens radiologiques successifs sont faits. Avant une ponction, l'abcès, qui mesurait au début 15 centimètres de haut en bas, en a encore 12. Après la ponction évacuatrice, la poche se réduit latéralement ; mais son diamètre vertical augmente de 3 centimètres ; phénomène qui est dû à l'élasticité de la coque conjonctive.

Cette réduction latérale est d'ailleurs purement mécanique, la poche reprenant son rond contour lorsqu'elle se remplit à nouveau.

On comprend, devant un pareil cas, l'intérêt des clichés comparatifs, de la mesure précise des diamètres, avant et après ponction évacuatrice.

Si, sous l'influence des cures d'émetine répétées, les dimensions semblent diminuer lentement, mais nettement, tout est pour le mieux.

Mais, plus l'abcès est volumineux, plus la coque hépato-conjonctive est rigide ; cette dernière, n'arrivant pas à s'affaïsser, entretient une cavité qui fait appel à la reproduction du liquide, pus et sérosité.

Et, dans ce cas, se pose le problème thérapeutique :

faut-il continuer le traitement médical et les ponctions, ou faut-il conduire le malade au chirurgien ?

Nous ne déciderons pas, la question sortant du cadre de ce modeste travail.

Cependant, et au sujet de la première observation, le Professeur Carnot déclare qu'il semble, dans ces cas de grands abcès, que le traitement par l'émétine ne suffise pas, du fait de la grosse perte de substance hépatique et de la rigidité des parois. L'ouverture chirurgicale peut donc, associée au traitement médical, aider à la cicatrisation de l'abcès, lorsque, par des examens radiologiques successifs, avec l'aide des injections d'air et de lipiodol, on trouvera trop lente, ou insuffisante, la rétraction des grands abcès amibiens.



## CONCLUSIONS

Les injections d'air et de lipiodol sont d'une grande utilité pour le repérage sous écran des volumineux abcès du foie.

Elles permettent de localiser exactement ces abcès, ce qui facilite les ponctions ultérieures.

Elles permettent de connaître parfaitement, et leurs dimensions, et leurs contours, et leur volume ; elles peuvent révéler des prolongements ou même des cavités accessoires en communication avec la cavité principale (intérêt lors du drainage chirurgical).

L'abcès, ainsi repéré, peut être suivi au cours d'examens radioscopiques et radiographiques successifs ; dans certains cas, on note la tendance évolutive vers le haut ou vers le bas et on peut prévoir la rupture dans le thorax ou l'abdomen.

Surtout, on vérifie de cette façon l'heureux effet du traitement, et on mesure la régression de la collection ; régression qui semble se faire par comblement de bas en haut, au niveau du lobe gauche du foie et par comblement latéral au niveau du lobe droit.

Il convient d'insister sur ce fait que, parfois

(et c'est le cas de notre première observation) l'amélioration physique et radiologique est longue à se manifester ; un abcès paraissant à peine touché par les premières cures d'émétine peut se mettre à régresser rapidement lors d'une nouvelle série de piquûres ; il est donc indiqué de continuer le traitement médical aussi longtemps que possible, avant d'avoir recours au chirurgien.

Enfin, en présence d'une volumineuse poche purulente qui ne diminue pas sous l'effet du traitement médical et qui pourrait bénéficier d'une hépatotomie, une telle technique d'exploration permet au chirurgien de choisir la meilleure voie d'abord :

Voie transpleuro-diaphragmatique, avec résection costale ou costo-chondrale dans les abcès de la région supéro-postéro latérale du lobe droit ;

ou résection costo-chondrale dans les abcès de la région antérieure et du bord antérieur de l'organe.

Vu : *Le Doyen*,  
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,  
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris*,  
S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANNESLEY. — Researches into the causes, nature, and treatment of the more prevalent diseases of India, 1828.
- ARAGON. — A proposito del tratamiento quirurgico de los abscessos hepaticos. Hospital general. Sept. 1927.
- ARMACHALAM. — Case of amœbic abscess of liver indian. Med. Gaz. Juin 1930.
- AVONI. — Sul trattamento del ascesso epatico da ameba. Riv. di chir. janvier-février 1923.
- AYNESWORTH K. H. — Liver abscess. Chronic form. American J. Surg., Juin 1933.
- BAHR, LOW, PRATT et GREGG. — The treatment of liver abscess by aspiration. The Lancet, Mai 1933.
- L. BANDHARI. — Liver abscess. Treatment by aspiration. Indian Med. Gaz., déc. 1932.
- BARRETT. — Radiological examination of the liver in cases of suspected amœbic abscess. Indian Med. Gaz. Juillet 1929.
- BENJAMIN W.C. — Subdiaphragmatic abscess and liver abscess. Minnesota med. janvier 1933.
- BENSAUDE, A. CAIN, G. TERRIAL. — Communication à la société de gastro-entérologie de Paris, 10 février 1930.
- BERARD et DUNET C. — Radiographie d'un abcès sous-phrénique. Soc. Chir. de Lyon, juin 1926.
- BEZANÇON F. et E. BERNARD. — Signes radiologiques d'un volumineux abcès du foie. Société Méd. des Hôpitaux, Paris, décembre 1932.
- BLOCH M. et MATTÉI. — L'amibiase sur le front français Centre-Est. Ann. de Médecine, Septembre 1918.

- F. K. BOLAND. — Abscess of the liver. *Annals of surgery*. Octobre 1931.
- BOUCHUT et MORENAS. — Gros abcès du foie guéri par l'émétine et les ponctions. *Lyon Médical*, Décembre 1932.
- CADE. — Amibiase dysentérique autochtone. 3 cas d'abcès du foie. *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. Juin 1915.
- CARNOT P. — Les abcès du foie autochtones. Leur surveillance radiologique et leur traitement. *Monde médical*, Janvier 1934.
- CASONI. — Sulla cura medica del ascesso epatico amebico. *Policlinico*, février 1931.
- CASTEX et GONZALES. — La exploracion radiologica de las colecciones purulentas hepaticas. *Arch. arg. de appar. dig. y de la nutrit.* 1927.
- CHAUFFARD. — Les abcès du foie : émétime et chirurgie. *Congrès médical*, 1924.  
— Les abcès du foie. *Journal des praticiens*, août 1925.
- CHAUFFARD et CLÉMENT. — Grand abcès amibien du foie guéri par le traitement médical. *Soc. Med. Hôpitaux*, mai 1925.
- CHAUFFARD et FRANÇON. — Abcès amibien du foie guéri par l'émétine et le 914 sans opération. *Bull. Soc. Med. Hôp.* juillet 1919.
- CASTEX M. R. et ROMANO N. et GONZALES. — L'exploration radiologique du pyopneumo-kyste sous-phrénique par l'injection de lipiodol. *B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, Février 1926.
- CHAUVIN. — L'émétine. Traitement d'épreuve des abcès du foie. *Marseille médical*, Février 1925.
- CHEN, VAN GORDEN et YAN. — Abcès amibien du foie. *The Nat. Journal of China*. Octobre 1931.
- COMBIER et MURARD. — A propos des grands abcès du foie. *Presse médicale*. Avril 1923.
- COSTANTINI. — A propos du traitement des abcès du foie. *Bull. et Mem. de la Société Nat. de Chirurgie*, Mars 1929.
- DARGEIN. — Abcès hépatique amibien à évolution masquée par un syndrome pleuro-péritonéal suspect. *Soc. Méd. Hôp.* Juin 1928.

- ARMAND-DELILLE, PAISSEAU et LEMAIRE. — Sur le traitement des abcès du foie par l'émétine. Soc. Méd. des Hôp., 15 juin 1917.
- DOMINICI. — Les abcès du foie. Congrès international, Avril 1926.
- DUBOUREAU et DUBAU. — Abcès amibien du foie. Soc. de Médecine et d'Hygiène du Maroc. Janvier 1932. Maroc médical. Avril 1932.
- M. FAURE-BEAULIEU. — Abcès amibien autochtone du lobe gauche du foie. Presse Médicale. Mars 1928.
- J.-L. FAURE et G. LABEY. — Maladies du foie, 1910.
- N. FIESSINGER. — Les formes frustes des abcès du foie d'origine amibienne. Journal de Méd. et Chirurgie. Mai 1930.
- N. FIESSINGER et R. CASTERAN. — Le syndrome pleuro-pulmonaire de la base dans les abcès du foie. L'exploration lipiodolée des abcès du foie :  
Soc. Méd. des Hôpitaux, Décembre 1927.  
Journal des Praticiens, Janvier 1928.
- FORESTIER et QUENTZ. — Journal de Radiologie et d'Electrologie, Décembre 1929.
- FRANÇOIS et AUDIER. — Volumineux abcès amibien du foie. Traitement médical. Guérison. Marseille Médical, Mars 1930.
- FRANÇON et HUTINEL. — Les hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement. Gauthier-Villars et Cie, Edit. 1923.
- GAIDE. — Note sur les abcès du foie au Tonkin. Cahiers de Pratique Médico-Chirurgicale. Mai-Juin 1932.
- Ch. GARIN. — Bbliothèque Carnot et Fournier, 1929. Maladie des pays chauds.
- H. B. GESSNER. — Liver abscess. Review of 96 cases. New-Orleans Med., May 1933.
- GILMAN P. K. — An instrument for locating and draining hepatic abscess. Surg. Clinics of N. Am. avril 1926.
- GRALL. — Hepatites des pays chauds. Traité de pathol. exotique clinique et thérapeutique. Baillière et fils. Edit., Paris 1920.

- GUYOT, BOUSQUET, AURIAT et CHAVANAZ. — Abscès du foie. *Gaz. Hebd. de Sté. Méd. de Bordeaux*, Mai 1926.
- EINHORN M. — L'Hépatographie. *Presse Méd.*, octobre 1927.
- HALLE et MOLLARET. — Abscès dysentérique du foie ouvert dans les bronches au cours d'un traitement par l'émétine. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, Avril 1927.
- HARGROVE. — Treatment by aspiration of liver abscess. *New-Orleans. Med. and Surg. Journal*. July 1933.
- S. KADRKA. — Hépatosplenographie. *Fortschritte auf dem Gebiete Röntgenstrahlen*. Juillet 1931.
- KAHNT. — Zur Behandlung der Schweissdrüsen abzesse. *Deut. Med. Woch.* Août 1928.
- A. KÖHLER. — Röntgenologie. Delachaux, édit. 1932.
- LABRY et COMTE. — Au sujet d'un cas autochtone d'abcès dysentérique du foie. *Lyon Médical*. Novembre 1925.
- LACAZE et P. MELNOTTE. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'amibiase hépatique. *Revue Médico-Chirurgicale des maladies du foie*. Juillet-Août 1928.
- L'amibiase hépatique au Maroc. *Archives de Méd. et de Pharmacie militaires*. Novembre 1928.
- L'amibiase hépatique et son traitement d'après 252 interventions chirurgicales. *Rev. Chirurgie*, 1928, N° 10.
- P. LAMARQUE. — Précis de Radio-Diagnostic, 1932.
- J.-D. LAWSON. — The use of iodized oil in the demonstration of empyema cavities and fistulous tracts. *Surg. Gynecol. a. obstetric*. Janvier 1927.
- LEDoux-LEBARD. — Manuel de Radio-Diagnostic clinique, 1933.
- LENORMANT. — Les abcès du foie et l'émétine. *Soc. Chirurgie*. Février 1923.
- L'HEUREUX et HASENFORDER. — Un cas d'abcès amibien du foie. *Nord Médical*, Juin 1927.
- MANSON, BAHR et M. T. P. KILNER. — Amoebiasis of the liver. *The Lancet*. Avril 1932.
- MELNOTTE, FORT et LAGRANGE. — Deux observations d'amibiase hépatique suppurée. *Soc. de médecine du Bas-Rhin*.

- PARTURIER et RAULOT-LAPOINTE. — Radiologie et Hépatologie. Janvier 1932.
- FL. J. MURRAY. — Amaebic liver abscess. Canada M. D. 1932. Rev. des mal. du foie, 1932.
- PELOQUIN. — Abscès du foie très volumineux, cicatrisé très rapidement par traitement mixte. Bull. Soc. de Méd. militaire française. Juillet 1923.
- R. G. PENINGTON. — Amaebic hep. abscess in New-Britain native. M. J. Australia. Août 1931.
- PERARD. — Quarante-six cas d'abcès du foie observés à Casablanca. Bull. et Mém. de la Sté nation. de Chirurgie. Avril 1926.
- PETRIDIS. — Traitement de l'abcès tropical du foie. Bruxelles Médic., Mai 1927.
- M. PETZETAKIS. — La dysenterie amibienne en Grèce. Bull. et Mem. Soc. des Hôp. Paris. Février 1931.
- J. RACHET. — A propos de quelques formes anormales d'amibiase intestinale. Paris médic. 1929.
- RAMOND. — Abscès dysentérique du foie. Presse Médic. Avril 1929.
- RATHERY. — Abscès du foie et diarrhée des tranchées. Presse médic., juillet 1916.
- RAVAUT et KRONULITSK.. — Sur quelques formes cliniques de dysenterie amibienne autochtone observées au cours de la petite épidémie de la région du nord. Soc. Méd. des Hôp., juin 1916.
- RAVAUT et CHARPIN. — Sur quelques faits en apparence paradoxaux susceptibles d'égarer le diagnostic d'hépatite amibienne. Paris médical. Février 1919.
- R. J. REEVES et E. D. APPLE. — Use of thorium dioxyde in diagnosis of liver abscess. J. Amer. Med. Association. Mai 1933.
- RICARD et LABRY. — Abscès du foie rompu spontanément. Lyon Méd. Mars 1925.
- ROGERS. — Liver abscess. Virginia Med. Monthly. Juillet 1928. — Amaebic tropical liver, hepatitis and abscess. Practitiones. Août 1933. — Liver abscess. The Lancet. Mars 1922.

- SAMBUC. — Les abcès du foie à l'Hôpital de Saïgon. Ann. d'Hyg. et de Méd. coloniales. 1913.
- SAVIGNAC R. — A propos d'une statistique de 8 cas d'amibase. Arch. des mal. de la'pp. d'gestf. 1929.
- A. SHEDROW. — Amaebic abscess of liver cured by medical treatment. J.M. South Africa. Mai 1930.
- SICARD J. A. et J. FORESTIER. — Diagnostic et thérapeutique par le lipiodol. Masson et Cie, éditeurs, 1928.
- SPICK. — Traitement de l'abcès amibien du foie. Maroc médical, juillet 1924. Bull. gén. de Thérapeutique. Juin 1929.
- Volumineux abcès amibien hépatique. Revue médic. de l'Est. Juillet 1929.
- VALCKE. — Cercle médical de Katanga : abcès du foie. Bruxelles Médical. Juillet 1932.
- L. VANNIER. — Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire. Thèse, Paris, 1932.
- VERGOZ et HERMENGAT-GERIN. — Abcès amibiens ouverts. Revue de Chirurgie. Novembre 1932.
- UDE U. H. — Abcès du foie avec démonstration radiologique de sa rupture dans les voies biliaires. Ann. J. Röntg. and Rad. therapia. Décembre 1928.
- P. H. WHITAKER, F. B. DAVIE, F. MURGATROYD. — Hepatolienographie by aid of thorotrast. Its uses and dangers. Quart. J. Med. Janvier 1933.
- C. C. WILMOTH. — The use of exploring needles and shadow-casting media in the diagnosis of hepatic and perihepatic abscess. Annals of Surgery. Mars 1931.



